

ASSISTANCE MEDICALE INDIGENE : ACTION HUMANITAIRE OU ŒUVRE UTILITAIRE ?

Benjamin Kokou ALONOU
Département d'Histoire et d'Archéologie
Université de Lomé-TOGO

RESUME

Les opinions divergent au sujet de la finalité de l'œuvre sanitaire coloniale. Certains auteurs analysent les préoccupations sanitaires coloniales comme une extension de la mise en valeur. Une bonne colonie, qui produira et qui durera est une colonie où le matériel humain est amené à son maximum de rendement physique et intellectuel. Le devoir de la puissance colonisatrice est le même, qu'on le considère du point de vue de l'idéal ou de l'intérêt : il faut que l'indigène se porte bien qu'il conserve ses forces le plus longtemps possible, que ses enfants vivent et se développent. La politique sanitaire est donc pour ambition l'entretien de la force de travail indispensable à la mise en valeur des territoires. Or, pour Denise Bouche, « à la vitrine de la mission civilisatrice, l'action sanitaire a longtemps occupé une place de choix ». Cette opinion de Bouche élogie-t-elle la France ? Grâce à ce travail décapant la finalité de l'assistance médicale indigène, on peut arguer que l'action sanitaire a été tant bien utilitaire que humanitaire.

ABSTRACT

There are different point of views regarding the out coming of the colonial health work. Some actors analyse the colonial health preoccupations as an extension of putting value. A good Colony which will produce and last is the one in which human resource has come to a maximum of physical and intellectual result. The duty of the colonizing force is the same, considering the ideal on interest point of view. It's necessary that the native is in good health, keeps his strength as long as possible, his children live and grow. The ambition of the health politic is to maintain the working strength necessary for putting into value territories. However, for Denise Bouche "at the vitrin of the civilization mission, the health action has long time occupied a place of choice". This opinion of Bouche is it to praise France ? Due to this cleaning work, the out coming of indigenou medical assistance, we can argue that the health action was more or less utilitarian as humanitarian.

INTRODUCTION

Une circulaire ministérielle du 10 décembre 1941¹ affirme : « *il faut développer les races indigènes en qualité et ne quantité* ». On ne peut s'empêcher de rapprocher cette formule de l'approche du Ministre des colonies Albert Sarraut qui écrivait : « *si la population ne croit pas, tout le programme qui a été élaboré, ne peut se réaliser qu'avec une extrême*

lenteur ». En effet, tous les auteurs permettent d'analyser les préoccupations sanitaires coloniales comme une extension de la « mise en valeur », d'abord agricole ensuite plus largement économique des colonies (travailleurs de plantations, constructeurs de routes et de voies ferrées). « *Les richesses des colonies sont d'abord des denrées et des biens extraits et produits d'Outre-mer. A mesure que ces marchés se développent, les forces productrices des*

hommes appellent une attention croissante pour les maintenir, entretenir, les développer en vue d'une optimisation des rendements. En réalité, les milieux tropicaux étaient inhospitaliers aux Européens qui payèrent un lourd tribut au paludisme et à bien d'autres endémies du continent africain (Barbieri 1992 ; 124). Ainsi, dans son ouvrage sur la médecine coloniale, Lapeysonnie (1988 ; 212) présente bien les différentes phases de cette approche qui débute par la constatation d'un monde « peu salubre » peuplé « d'étranges maladies », où s'escriment les « médecins des nouvelles frontières ». Parlant de l'inhospitalité des terres tropicales, le Professeur Mahé disait à ses étudiants de l'Ecole de Médecine Navale de Brest : « là-bas, sur les rives empestées de l'Atlantique, vous rencontrerez le redoutable sphinx de la Malaria, pernicieux Protée, le fantôme délirant du Typhus, le spectre livide et glacé du Choléra, le masque jaune du Vomito negro. Défiez-vous de la terre et des eaux s'exhale un souffle empoisonné » (Lapeysonnie 1987 : 52).

La lutte contre les microbes est vécue par les grands acteurs, Jamot, Muraz, Richet, comme une guerre dont la fin est « une paix blanche », grâce en particulier à des services mobiles de médecine préventive.

Et si la santé des populations est un instrument de la mise en valeur, elle mérite une attention singulière, des moyens et des méthodes propres qui seront l'objectif de la médecine coloniale. Cette dernière va peser d'un poids important dans le développement d'une santé publique fondée sur des traitements de masse, des macro-analyses des pathologies. Dès lors, on se pose les questions suivantes : Quelles sont les motivations coloniales en matière de santé ? Quelle est la finalité de l'œuvre sanitaire ? Quel est son bilan ? C'est à ces questions et à bien d'autres que répond ce travail.

I - UTILITE DE L'ŒUVRE SANITAIRE

En matière coloniale, disait le Gouverneur Brévié, « on ne saurait séparer l'action politique de l'action sociale qui se complètent mutuellement ». Son successeur Marcel de Coppet, affirmait : « la primauté de cette action sociale était basée sur le devoir d'assistance et de solidarité humaine ». « Le propre de la puissance coloniale était de protéger les hommes, contre les maladies, et l'ignorance ». En effet, pour justifier l'utilité et même la nécessité de la colonisation, fondée sur des raisons économiques, humanitaires et de politique internationale, la France se consacra à l'amélioration physique et morale des races placées sous son autorité. En fait, l'organisation de la mise en valeur des colonies nécessita de larges plans et de vaste desseins.

Ainsi, Jean Martet¹ note : « Une bonne colonie qui produira et qui durera est une colonie où le matériel humain est amené à son maximum de rendement physique et intellectuel. Le devoir de la puissance colonisatrice est le même, qu'on le considère du point de vue de l'idéal ou du point de vue de l'intérêt. Il faut que l'indigène se porte bien, qu'il conserve sa santé et ses forces le plus longtemps possible, qu'il fonde une famille, que ses enfants vivent, se développent : voilà se que l'idéal nous recommande, voilà ce que nous enseignent l'intérêt ».

Pour extraire les matières premières, et s'occuper de la construction des routes, les Européens avaient besoin d'une main-d'œuvre. « La première condition de cette réussite indispensable, c'est de disposer d'une population indigène non seulement saine, stable et paisible, mais qui croisse en nombre et progresse dans l'ordre matériel, intellectuel et moral, jusqu'à nous donner cette collaboration des cadres, cet appoint de masse sans lesquels la mise en valeur ne sera jamais qu'un mot. »². « Si la population ne croit pas, tout le programme qui a été élaboré ne peut se réaliser qu'avec une extrême lenteur ». Ainsi s'exprimait en 1923, Albert Sarraut, Ministre des colonies, reconnaissant la nécessité absolue pour la France de pratiquer en Afrique une politique volontariste de santé afin d'accroître la population africaine. Cette volonté se traduira dans l'assistance médicale que la France mit en place dans ses colonies pour leur mise en valeur. En effet, le développement économique passant nécessairement

¹ Il s'agit des instructions du Ministre des Colonies Daladier, préconisant les mesures générales à appliquer dans les Colonies en vue de lutter contre les principales causes de développement et de déchéance des races indigènes.

par l'augmentation de la population, gage d'une main-d'œuvre abondante, la France se devait d'instituer une politique de santé.

Il fallait par conséquent préserver la santé des indigènes sujette à de multiples affections endémiques, épidémiques, et la malnutrition, etc. afin de disposer d'un « réservoir humain » en bonne santé, et donc apte à travailler dans les plantations et construire les routes, ponts ou chemins de fer. L'expansion coloniale porta dans son ensemble sur des pays à populations « primitives », souvent d'une assez faible densité et dont les territoires ne furent pas toujours parmi les plus faciles à exploiter. La colonisation apporte aux indigènes, les soins médicaux, des équipements routiers et ferroviaires. En 1901, un décret organise le service de santé des troupes coloniales, chargé de promouvoir la santé des militaires européens. L'infrastructure hospitalière prenait consistance petit à petit et des hôpitaux sont créés dans les postes coloniaux importants : à Saint Louis, à Dakar, au Soudan français en 1891, au Dahomey en 1892, en Côte-d'Ivoire en 1893 (Taïglahou 1986 : 380). L'hôpital militaire était une des pièces maîtresses des troupes coloniales. Il avait pour mission principale, la protection de la santé des membres du corps expéditionnaire pour qu'ils puissent mener à bien leur entreprise. L'objectif principal de l'hôpital était donc de promouvoir la réussite de la conquête coloniale en préservant la santé des troupes qui sillonnaient l'Afrique. Mais progressivement les soins furent étendus aux Africains. Les hôpitaux coloniaux soignaient les Européens et les Africains. Cependant la réalité était tout autre. L'Europe avait comme but principale son propre enrichissement, car c'est à travers les problèmes de main-d'œuvre qu'elle vint à se préoccuper de la santé des Africains (Domergue 1984 : 12). En effet, dans le but de disposer d'une main-d'œuvre saine et abondante, l'administration coloniale institua une politique volontariste de santé en vue de lutter « contre les facteurs de déchéance et de dépopulation de la race noire » (Sarraut 1923 : 282). La lutte contre les grandes endémies africaines s'organisa dans les colonies. En 1926 la Mission Permanente de la lutte contre la maladie du sommeil au Cameroun est née ; en 1927, l'A.E.F crée un service spécial de la trypanosomiase ; en A.O.F., devant les résultats médiocres des groupes de prophylaxie de la maladie du sommeil pauvres en personnel, en moyen, et surtout inféodés à l'assistance médicale, on finit par adopter les recommandations que Jamot avait fai-

tes en 1935. Le Service général autonome de la maladie du sommeil en A.O.F. et au Togo est créé le 20 janvier 1939. En 1945, ce service, devant les succès obtenus, vit son action à d'autres maladies et se transforma en service général d'hygiène mobile et de prophylaxie (Lapeyssonnie 1987 : 34).

Les malades étaient dépistés et soignés par le personnel des équipes mobiles. Pour éviter la contamination des villages encore indemnes par le transport des malades dans les formations sanitaires. Jamot estima qu'il fallait aller au-devant du malade en circulant de village en villages. Cette médecine mobile consistait à protéger et à dépister les malades et à les traiter sur le terrain. Elle impliquait la surveillance des malades traités dans les hypnoseries et à procéder à la prophylaxie agronomique (éclairage des abords des points d'eau et des forêts en vue de rompre le contact entre les hommes et les glossines). Par cette méthode, Jamot fit appel à une vertu militaire essentielle : « l'offensive ». On ne devait pas attendre passivement les coups que la maladie infligeait à la population. En effet, la maladie du sommeil faisait disparaître en quelques mois des villages entiers de la brousse et de la forêt. En 1916, Jamot écrivait : « nous avons pu, en moins de deux ans, visité tous les villages, à de rares exceptions près, d'un territoire ayant une superficie de plus de 1000 000 km² (Oubangui-Chari). Nous y avons examiné et manipulé un par un 89 743 habitants, parmi lesquels 5 347 ont été reconnus trypanosomés » (Lapeyssonnie 1972 : 37).

La mise en pratique de la « Doctrine Jamot » sur le terrain a exigé du personnel engagé, outre des efforts physiques considérables, un sens de la méthode, une obéissance continue aux instructions techniques, et une persévérance sans relâche qui furent indispensables dans la poursuite de cette médecine collective. Ce dynamisme prouvé par le docteur Jamot fut un acte désintéressé qui témoigna de son amour à sauver des vies humaines de la maladie et de la mort.

Dans le domaine de la médecine curative, les progrès réalisés ont été considérables. Les mesures de

¹ Jean Martet a été le secrétaire personnel de Georges Clemenceau de 1915 à 1933. Il a effectué un voyage d'information au Togo et au Cameroun en 1933. Son obsession a été de traquer les « menées subversives allemandes » qui visaient à saper sournoisement l'autorité de la France dans les territoires sous mandat de la S.D.N.

² Circulaire générale du 18 novembre 1941, journal officiel de l'Afrique Française libre et de l'A.E.F. 1^{er} décembre 1941, p.687.

préservation et de protection de la santé ont imprimé leur marque sur la réduction de la mortalité. Des consultations pré et post-natales étaient organisées dans les maternités à l'intention des mères et de leurs enfants. Les soins et les médicaments étaient gratuits afin d'intéresser les malades à la thérapeutique occidentale. Le goût des patients africains pour les médicaments se fondait sur l'efficacité de ceux-ci et les jugements sur la médecine coloniale manifestèrent la reconnaissance de cette efficacité (Barbieri 1992 : 127). Toutefois, il faut souligner qu'au début du XIXe siècle, la médecine occidentale fut longuement impuissante face aux maladies tropicales. Le paludisme passait pour l'adversaire le plus redoutable des coloniaux. On utilisait comme remède la quinine, extraite en 1820 de l'écorce du quinquina par les pharmaciens Pelletier et Caventou. Mais la généralisation de la prescription de la quinine souffrit des dissensions sur le mode d'emploi du produit (à titre curatif ou préventif ?) et son dosage, ainsi que des difficultés d'approvisionnement. Ces questions étaient encore pendantes au moment de l'expédition de Madagascar, en 1895, et le paludisme fut responsable de pertes de vies humaines parmi les militaires et civiles européens.

Les autres maladies, jusqu'à la découverte de leur agent pathogène et la fabrication d'un vaccin, ne furent éliminées que par des mesures d'hygiène et de quarantaine. Avec les progrès de la technologie médicale, des médicaments efficaces furent développés pour donner satisfaction aux malades. Ainsi, la découverte de la pénicilline permit-elle le traitement du tétanos et de la syphilis. Par ailleurs, à partir de 1953, des campagnes massives de lutte contre le paludisme ont été menées grâce à la fabrication des insecticides à effet rémanent.

Cependant, l'action sanitaire des groupes de prophylaxie n'a pas été parfaite compte tenu des moyens disponibles trop souvent fort réduits. La crise économique de 1929 et les effets de la deuxième guerre mondiale ont diminué les budgets de l'assistance médicale. Par ailleurs, Jamot se fit quelques disciples et beaucoup d'ennemis. En effet, sa gloire ofusquait quelques-uns de ses collègues et de ses chefs. Ce fut l'exemple du Gouverneur Reste qui ne voulait ni voir la vérité, ni les dangers que couraient les populations des colonies. Reste niait l'existence de la maladie du sommeil et refusa d'affecter les infirmiers dans les secteurs contaminés de la Haute-Volta (Lapeyssonnie 1987 : 147-151).

Dans un rapport, Jamot écrit : « *La plupart des médecins qui, en raison de leur grade, sont appelés à diriger le service de santé des colonies contaminées, ne sont pas préparés au rôle qu'on leur demande de jouer dans la lutte contre la maladie du sommeil. De plus, les chefferies locales changent de titulaires tous les deux ans et à cause de cela, il leur est impossible d'assurer la permanence de l'effort qui est la condition essentielle du succès* ».

Cette attitude du gouverneur Reste traduit l'essence de la politique de santé qui consistait à « *faire de l'homme* », afin de répondre au besoin d'une main-d'œuvre, que les maladies décimaient.

Certes, la santé des hommes a présenté un intérêt économique ultérieurement humain. Cependant, en fournissant prévention et assistance gratuite, la médecine coloniale a réalisé une action sanitaire décentralisée. Trouver des moyens de prévenir et de guérir la maladie du sommeil, le paludisme, la fièvre hémorragique, etc. comportait de la recherche biomédicale. L'action sanitaire ne s'est pas limitée à la prévention et au traitement des maladies. En fait, la médecine coloniale a commencé par la préservation de la santé. Elle nécessitait une action sur la mentalité et le comportement des populations, impliquant des recherches sociologiques. Elle nécessitait l'assainissement du milieu et donc des recherches portant sur l'environnement et un effort pour améliorer l'état de nutrition des populations. Enfin, les soins de santé exigeaient la présence de personnel formé de manière adéquate. Dès lors, on se pose la question de savoir : quelle fut la motivation de ce personnel de santé en faveur de la bonne santé des africains ? comment peut-on expliquer le souci des médecins coloniaux de soigner, guérir les malades surtout ceux des villages malgré le manque de moyen et l'opposition de certains administrateurs ? L'action sanitaire coloniale ne peut-elle pas être considérée comme une mission humanitaire ?

II - ACTION HUMANITAIRE DE L'ASSISTANCE MEDICALE INDIGENE

« *Le principe fondamental de l'œuvre colonisatrice était l'amélioration physique de la race colonisée. L'objectif de cette assistance médicale était d'avoir des collaborateurs pour la mise en valeur des colonies* ». Cependant, l'action sanitaire a été bénéfique

aux peuples colonisés. Elle a contribué à l'instruction des peuples vers la civilisation européenne. La révolution dans les conditions d'hygiène a joué un rôle fondamental dans la diminution de l'incidence des maladies infectieuses et de la mortalité qui en découle dans les colonies. L'amélioration de l'approvisionnement en eau et à l'assainissement ont joué un rôle semblable en conduisant les taux élevés de morbidité et de mortalité qui affligeaient les colonies. En fait, les conditions d'hygiène dans lesquelles vivaient les enfants laissaient à désirer. Les enfants naissaient dans des conditions d'hygiène désastreuse. Le cordon ombilical était souvent coupé avec un couteau incorrectement stérilisé dans la plupart des cas. Ces faits, joints à certaines coutumes de la période néonatale expliquaient la fréquence des tétanos ombilicaux. D'autre part, dès la section du cordon ombilical, un bain chaud était donné à l'enfant. Une telle pratique contribuait également à la souillure de la plaie ombilicale. Dans certains lieux, les marques tribales et la circoncision faites par le barbier local sans aucune asepsie étaient préjudiciables à la santé de l'enfant. A la puberté, on pratique l'excision chez les jeunes filles. Cette excision est atrocement douloureuse et entraîne souvent la mort de plusieurs filles. (Alonou 1994 : 130-140).

Dès la conception, la femme était soumise à certains interdits dont les plus dangereux pour le fœtus étaient les interdits alimentaires (interdiction de consommer des crabes, certains poissons, gibiers et œufs). En effet, ces interdits frappant surtout les aliments riches en protéines peuvent nuire au développement harmonieux du fruit de la conception.

L'effort du service de santé dans le domaine d'adduction d'eau potable peut être considéré aussi comme une œuvre humanitaire. Dans son article sur l'eau et les maladies, Jean-Paul Bado (1991 : 14) souligne le manque d'eau dans les pays voltaïques et les actions sanitaires salvatrices de l'Administration : « *En dehors de la Volta noire qui traverse la partie ouest du territoire du nord au sud, les pays voltaïques ne possédaient ni rivières, ni cours d'eau fournissant régulièrement de l'eau toute l'année. Les puits étaient peu répandus. Les seuls trous d'eau, peu profonds, tarissaient vite. Les mares temporaires où les villageois allaient se ravitailler, hébergeaient de nombreux germes pathogènes, et servaient d'abris pour les insectes vecteurs. En période de fortes chaleurs (avril-mai-juin), les mares et les lits de marigot s'asséchaient massivement.*

Face à cette situation, les populations récoltaient l'eau bourbeuse dès rares puits et des trous d'eau. Souvent, les villageois effectuaient des kilomètres pour chercher le liquide indispensable dans les rivières et les marigots pérennes.

Au cours des tournées sanitaires effectuées en 1917, l'insalubrité des eaux retint l'attention de la mission d'inspection mobile. Par une circulaire du 21 septembre 1923, l'administration coloniale avait donné des instructions pour le creusage de puits avec margelles dans les villages. Cette mesure visait essentiellement la suppression du ver de guinée et des anophèles. Elle recommandait vivement une action commune du médecin et de l'administrateur pour l'enseignement de l'hygiène et de la protection des eaux. »

Ces informations sur les maladies de l'eau clarifient les conditions sociales qui prévalaient dans les colonies. Ces affections sont des indicateurs du niveau de vie des populations. En effet, les maladies qui sévissent dans une société déterminent parfois son état général. Les mesures dictées par les autorités politiques et sanitaires pour la consommation d'eau potable, peuvent être donc analysées comme une action humanitaire de l'assistance médicale. Les incitations à utiliser l'eau des puits ont brisé la routine séculaire et amené les mentalités à se convertir à l'esprit scientifique sans remettre en cause l'identité culturelle.

La médecine coloniale a certainement contribué au développement de la santé publique dans les sociétés industrielles. La notion de risques collectifs résultant de la présence d'agents pathogènes identifiés, constitue un élément majeur pour la protection de la population avant de la maintenir en bonne santé et de développer enfin le niveau de santé (Barbieri 1992 : 125). En Europe, l'hôpital isolait les populations à risques et le praticien gérait les maux de la famille bourgeoise au coup par coup. La médecine coloniale objective les risques sanitaires en affirmant l'existence de pathologie transmise à toute une population exposée. Il en résulte que la mise en quarantaine ou les initiatives individuelles sont insuffisantes pour affronter des risques collectifs requérant des mesures collectives. L'homme est d'abord un danger pour sa propre espèce, avant d'être un sujet souffrant parlant du mal qui constitue un problème de santé publique. Les médicaments étaient gratuits¹. Ceux-ci étaient approvisionnés et distri-

bués par les pharmaciens des colonies (Bouche 1991 : 240). Les soins, au début, furent imposés, sans grand souci des réactions individuelles ni des coutumes. Sûrs de l'excellence de leurs intentions et de leurs méthodes, les médecins coloniaux trouvaient naturel d'être obéis (Bouche idem). Les médecins de l'A.M.I. mènent une lutte acharnée pour introduire davantage d'hygiène dans les accouchements et faire cesser la mort en masse des nouveau-nés par le tétanos et les maladies pulmonaires. Des maternités furent ouvertes et dans les nouvelles écoles de médecine (exemple de celle de Dakar au Sénégal), la formation de sages-femmes commença en même temps que celle des médecins. A la veille de la Seconde Guerre Mondiale, des résultats spectaculaires avaient été obtenus. En Afrique Occidentale Française, on avait recensé 171000 consultations en 3.742.000 consultants, en 1938, pour une population totale de 14 millions d'habitants. Le service était alors assuré par 246 médecins européens, 127 médecins africains et 200 sages-femmes sorties de l'École de médecine de Dakar. A ce personnel médical, milliers d'infirmiers et d'infirmières (Bouche id : 241).

Dans la logique de l'action humanitaire, le rôle du personnel médical fut triple : de recherche, de pratique et d'enseignement. En effet, le corps des médecins et pharmaciens des colonies créèrent 14 Instituts Pasteur Outre-mer, bâtirent, l'assistance médicale indigène et fondèrent et dirigèrent les écoles de santé locale. Les Instituts Pasteur étaient voués à la fabrication des vaccins et à la recherche sur les maladies humaines et animales. La première fondation Outre-mer eut lieu à Saigon, en 1891, trois ans après l'inauguration de l'Institut de Paris et six ans après la révolution pastoriennne. Le succès de la vaccination antirabique appliquée pour la première fois en juillet 1885 au petit Joseph Meister, qui fut ainsi sauvé d'une mort jusque-là certaine (Bouche 1991 : 236). Après un stage à l'Institut Pasteur de Paris, le jeune médecin des colonies, Albert Calmette partit pour Saigon, où il entreprit la production de vaccins antivariolique et antirabique avec un tel succès que malades et demandes de vaccins affluèrent immédiatement des pays voisins (Bouche id : 237).

Contemporain de Calmette, disciple lui aussi de Pasteur, Alexandre Yersin découvrit le bacille de la peste en 1894, à HongKong. Il fut donné à son confrère Louis Simond de démontrer en 1897 que l'agent de transmission était en réalité le parasite

commun au rat et l'homme, la puce.

L'organisation des Instituts Pasteur se fit souvent de façon progressive, par développement et regroupement de modestes laboratoires. La création officielle supposait le dégagement de crédits relativement importants et la passation d'une convention entre l'administration locale et la maison mère de Paris.

En Afrique du Nord, l'Institut Pasteur de Tunis ne reçut son nom et la personnalité civile qu'en 1900, mais dès 1893, avait été créé un Laboratoire de vinification. L'Institut Pasteur du Maroc, malgré une taille réduite et un personnel limité, eut à son actif la mise au point d'un vaccin antityphique, utilisé à partir de 1937.

Les réalisations en Afrique noire sont à peine postérieures à celles de l'Indochine ou du Maghreb. L'Institut Pasteur d'Algérie fut fondé en 1894. Le médecin militaire Lavéran, qui avait découvert, en 1880, l'hématozoaire responsable du paludisme, travailla de 1897 à 1922.

Au Sénégal, un laboratoire de bactériologie fut installé, en 1896, dans l'enceinte de l'hôpital colonial de Saint-Louis. Parmi les succès en 1932, Jean Maigret mis au point le vaccin anti-amaril qui fit disparaître à partir de 1936 en Afrique Occidentale Française la fièvre jaune. Le médecin Lasnet (1870-1940) influença l'action médicale dans l'ensemble des territoires relevant du Ministère des colonies. Il fit signer en décembre 1924, à Daladier, alors titulaire de ce portefeuille, les institutions préconisant les mesures générales à appliquer pour lutter « *contre les principales causes de dépeuplement et de déchéance des rares indigènes* ». Pour lutter contre les grandes endémies, fut imaginée la méthode de l'équipe mobile avec laquelle Eugène Jamot montra la voie pour venir à bout de la maladie du sommeil. Dès équipes mobiles formées d'un personnel local de microscopistes, de préparateurs et d'infirmiers, entraînés à des tâches simples et dirigées par des médecins des troupes coloniales ratissaient les foyers pour visiter la population dans sa totalité (Bouche 1991 : 238). Les médecins coloniaux qui avaient fondé puis géré l'assistance médicale indigène pendant des décennies firent preuve, dans cette entreprise, d'œuvre humanitaire. Ces hommes savaient conduire des équipes mobiles qui dépistaient

et vaccinaient les malades. Ils avaient su également instruire les populations locales qui devinrent des gens de grande culture occidentale et prirent la relève du personnel européen. « *Au moment où les Etats accédaient à l'indépendance et prenaient en charge leur santé publique, la France laissait sur les territoire ou elle avait exercé son influence plus de 4 000 formations sanitaires, dont 2 500 dispensaires, 216 hôpitaux, 360 maternités, sans compter les centres spécialisés et les établissements d'enseignement* » (Bouche id : 241). Une œuvre énorme fut donc accomplie, grâce en partie à l'unité de doctrine et à l'efficacité des médicaments. Mais à l'heure des bilans, furent mis en évidence des aspects positifs et négatifs.

III - BILAN DE L'ACTION SANITAIRE

1. Aspects positifs

La médecine coloniale a marqué un pas décisif en permettant de traduire, par des progrès notables, les instruments médicaux mis au point. En fournissant prévention et assistance gratuite, la médecine coloniale a réalisé une action sanitaire décentralisée, dont les populations se souviennent lorsqu'elles sont confrontées aux graves difficultés de fonctionnement des systèmes de santé présents dans le tiers monde (Barbieri 1992 : 127). La médecine des maladies tropicales a changé la face du monde en sachant prévenir les maladies. La connaissance de la pathologie africaine a révolutionné la médecine tropicale. « *A la lugubre litanie des innombrables fièvres et à la description des maladies exotiques aussi confuse qu'inefficace, succédait une attitude raisonnée et une classification rigoureuse : grâce au génie de Pasteur, à telle maladie correspondait tel microbe que l'on pouvait maintenant voir, isoler et à partir duquel on allait, pour beaucoup d'entre elles, pouvoir préparer vaccins et sérum. Pour certaines on commençait à découvrir des médicaments classiques qui telles des "balles magiques" iraient détruire le germe malfaisant à l'intérieur de l'organisme des hommes et aussi des animaux* » (Lapeyssonnie 1987 : 140).

Les progrès de la technologie médicale ont imprimé leur marque sur l'évolution de la mortalité en Afrique. Après l'éradication de la variole, la lutte contre certaines endémies, telles que la trypanosomiase, la fièvre jaune et la méningite, a fait reculer le spectre de la mort. Il est en général très difficile de faire la part entre ce qui revient à l'action sanitaire directe et ce qui est dû à une amélioration des conditions de vie et d'hygiène. L'effet de l'action médicale sur la mortalité ne peut être mesuré de façon précise que dans certaines circonstances. C'est le cas pour le développement de l'immunisation contre la rougeole. L'effet des premières campagnes a été spectaculaire, interrompant le cours de l'épidémie qui sévissait et faisant chuter l'incidence de la maladie, avec une baisse de la proportion de consultations pour rougeole, assurant un effet positif sur la survie des enfants.

Cependant, au cours des années soixante, il n'était pas rare de trouver en milieu rural africain, des taux de mortalité de l'Europe au XVIII^e siècle¹ (Barbieri 1992 : 63). Cette situation était la preuve que le système de santé fonctionnant alors n'avait pas de prise sur la mortalité. Malgré le déclin enregistré dans la plupart des pays africains, de très grandes disparités demeurent entre les sous-groupes de populations dans un même pays. Ces différences suggèrent que la disponibilité des soins médicaux n'est pas le seul facteur important et que d'autres, tels que le milieu écologique, l'environnement socio-économique et les pratiques culturelles, jouent un grand rôle.

2. Aspects négatifs

La principale faiblesse de la médecine coloniale résidait dans ses méthodes thérapeutiques qui ne tinrent pas compte du sujet humain dans ses dimensions socioculturelles. Ceci explique probablement le fait qu'au-delà de discours abstraits du colonisateur contre « *les superstitions* » et la médecine traditionnelle, ces dernières non seulement ne se sont pas éteintes, mais se sont développées grâce à la

¹ Le principe de l'assistance médicale gratuite a permis de bénéficier des médications et hospitalisations gratuites pour la protection de la santé, par suite de l'insuffisance des ressources (le paysan noir des vastes régions désertiques du Niger, du Soudan et le la Haute-Volta en particulier). Cependant, ce principe ne resta pas intangible. On envisagea de faire payer certaines catégories d'Africains. Les mesures prises furent adaptées à chaque territoire de la fédération, les fonctionnaires et militaires et leur famille furent hospitalisés dans la catégorie correspondante à leur indice de solde et soumis à la retenue d'hospitalisation. Les particuliers à leurs frais, étaient hospitalisés dans la catégorie de leur choix et remboursaient les tarifs fixés. Il convient d'ajouter que des taxes médicales ou taxes d'assistance furent instituées dans chaque pays de la fédération et au Togo. Pour exemple des tarifs, voir la thèse de M. ALONOU (1994 : 188-191).

mise à distance ou à la répression dont elles étaient victimes dans un contexte de dominant : « *les soins, au début, furent imposés sans grand souci des réactions individuelles ni des coutumes* » (Bouche 1991 : 240). La pratique parfois un peu brutale et toujours systématique de la médecine coloniale entre les deux guerres n'est pas sans apporter une certaine sécurité susceptible de rassurer les malades qui se sentent « *encadrés* », c'est-à-dire pris en charge (Barbieri 1992 : 126). On peut penser qu'à cette époque, au lieu de s'exclure, deux systèmes de sécurité fonctionnaient, permettant de se prémunir avec des modalités complémentaires de traitement. On ne saurait trop souligner que l'approche dualiste des systèmes médicaux en termes d'alternatives concurrentielles au conflictuelles est erronée.² La démarche des patients montre une volonté agressive de préciser dans l'arsenal thérapeutique disponible.

La faiblesse des connaissances médicales a porté préjudice à la médecine occidentale. Le traitement de la maladie du sommeil a donné la preuve de l'inefficacité des médicaments et a permis de se rendre compte de l'inexpérience des médecins. Lapeysonnie note : « *les médicaments employés contre la maladie du sommeil étaient imparfaits, car ils ne pouvaient atteindre que le trypanosome du sang et de la lymphe. Ceux qui avaient déjà franchi la barrière des méninges échappaient à l'action des médicaments (atoxyl et moranyl). Ni les doses à injection, ni la voie d'introduction du médicament sous-cutané, intra-musculaire ou intra-veineuse, n'étaient clairement fixées* ». Selon un rapport du docteur Jamot, au Dahomey, deux fonctionnaires européens atteints de la maladie du sommeil ont reçu d'un médecin du corps de santé colonial un traitement à l'atoxyl : 1,2 g tous les 5 jours qui les a guéris mais qui aurait dû, normalement, les aveugler ou les tuer. Dans cette même colonie du Dahomey, un médecin prescrit une série d'injections de 0,30 g d'atoxyl à des malades adultes en bon état pour lesquels la dose normale efficace est de 1g par injection. Par contre, dans une zone de très faible endémicité (1 à 2%), ce même médecin administre à titre préventif à tous les gens indemnes, c'est-à-dire à la presque totalité des habitants une dose massive d'atoxyl sur la base de 1,20 g par adulte. Quant au docteur Monier, au lieu de se limiter à la dose maximum de 2,50 g de tryparsamide, il a doublé, triplé, et dans quelques cas quadruplé

ces doses jusqu'à dépasser 8 g par injection, et cela pendant plus de deux ans (1926-1929). Cette imprudence, cette méchanceté de Monier causa 695 accidents oculaires graves, dont 526 ayant entraîné la cécité définitive » (Lapeysonnie 1987 : 102). On peut donc conclure que la thérapeutique de la maladie du sommeil était timorée, c'est-à-dire un traitement en « jonglant ». On note une insuffisance des connaissances techniques du personnel.

CONCLUSION

Pour justifier l'utilité et même la nécessité de la colonisation, fondées sur des raisons économiques et humanitaires et de politique internationale, la France se consacra à l'amélioration physique et morale des races placées sous son autorité.

En effet, la politique de santé coloniale, analysée du point de vue politique, économique et social a été une action humanitaire de par le dévouement du personnel de santé et l'œuvre accomplie. En réalité, les grandes endémies et épidémies ont été éradiquées grâce aux équipes mobiles et au génie de Eugène Jamot, Muraz et Richet. Par ailleurs, les œuvres des services de protection de l'enfant et de sa mère (Protection maternelle et infantile) ont contribué à la réduction des forts taux de natalité grâce à l'éducation des femmes (puériculture). Mais l'Europe a surtout comme but son propre enrichissement.

Au total, la politique de santé eut pour finalité la mise en valeur des colonies par le biais d'une population autochtone saine et croissante. C'est ainsi que D. Domergue écrit : « *à travers les problèmes de main-d'œuvre on en vint à s'occuper de la santé des Africains* ».

Ainsi, de passage au Togo en 1933, pour y défendre l'œuvre de la France, l'écrivain et homme politique Jean Martet note : « *Nous sommes au Togo et au Cameroun d'abord pour nous. Ce qui ne veut pas dire que nous n'y soyons pas aussi, ensuite, pour les autres. Le succès, le bonheur, la santé d'une entreprise coloniale sont faits du succès, du bon-*

¹ Exemple du Togo en 1960 : taux brut de mortalité = 21‰ ; taux de mortalité infantile = 121‰.

² On accuse la médecine occidentale d'avoir étouffé la médecine traditionnelle sans doute à cause des discours du colonisateur contre « les superstitions ». L'administration n'élimina pas les matrones traditionnelles mais elle les forma afin de les amener peu à peu à suivre les conseils des sages-femmes éduquées à

heur, de la santé des colonisés » (Gayibor, 1997 : 176). Mais, dans tous les cas, l'œuvre sanitaire participa à la réduction considérable de la mortalité infantile qui caractérisait l'Afrique, réduction qui contribua à l'augmentation de la population du continent.

BIBLIOGRAPHIE

1. **ALONOU, (K.), 1994.** *La politique sanitaire de la France au Togo à l'époque coloniale 1919 à 1960.* Thèses de Doctorat Université de Poitiers, 395 p.
2. **BADO, (J. P.), 1991.** "Les maladies de l'eau dans les pays voltaïques de 1904-1919". In *Acte du Congrès International : l'Eau et les Hommes en Afrique*, Montpellier, juin, pp.1-16.
3. **BARBIÉRI, (M.), et CANTRELLE (P.), 1992.** Santé et population, in *cahier Science humaine*, tome 28, pp. 123 - 140.
4. **BOUCHE, (D.), 1991.** *Histoire de la colonisation française*, tome II, Librairie Arthène fayard 607 p.
5. **BRIGNON, (J.), 1984.** *Histoire et Géographie*, 3e Hatier, Paris, 351p.
6. **CLAPIER, Valladon, (S.), 1982.** *Les médecines français d'outre-mer.* Ed. Anthropos Paris 280 p.
7. **DESCHAMPS, (H.), 1948.** "Note sur l'organisation administrative de l'Afrique noire", 15 p.
8. **DOMERGUE CLOAREC, (D.), 1984.** *Politique coloniale française et réalités coloniales l'exemple de la santé en Côte-d'Ivoire : 1905 - 1958*, Thèse de doctorat d'Etat, Université de Poitiers, 1901p.
9. **GAYIBOR, (N.-L.).** *Le Togo sous domination coloniale (1884-1960)*, Les presses de l'UB, Lomé, 241 p.
10. **LAPEYSSONNIE, 1987.** *Moi, Jamot. Le vainqueur de la maladie du sommeil*, Ed. Louis Musin, 160 p.
11. **LAPEYSSONNIE, 1988.** *La médecine coloniale*, Ed. Louis Musin, 1988, Paris, 248p.
12. **MARTET, (J.).** Les bâtisseurs des royaumes, voyage au Togo et au Cameroun in : *Regard français sur le Togo des années 1930* : Ed. HAHO-NEA, Togo et édition KARTHALA, Chroniques anciennes du Togo, N° 51995, 264 p.
13. **O. M. .S., 1987.** *Lutte contre la fièvre jaune en Afrique.* 96 p.
14. **Rapport Jamot, 1933.** Sur l'organisation des régions contaminées de maladie du sommeil.
15. **SARRAUT, (A.), 1923.** *La mise en valeur des colonies française*, Louis Payot, 656 p.